

申請区分	新規 <input type="radio"/> 継続 <input checked="" type="radio"/> 変更 <input type="radio"/> 転入(転入元:)	転入日: 令和 年 月 日
------	---	---------------

変更の場合、変更あったものに☑をつけてください。	<input type="checkbox"/> 疾病の追加 / <input type="checkbox"/> 自己負担上限月額 / <input type="checkbox"/> 受診医療機関の追加
--------------------------	---

氏名	ふりがな <u>たかつき いちろう</u>	平成 年 月 日生	電話 (自宅) <u>072 - 648 - 3272</u>
	<u>高槻 一郎</u>	<u>令和</u> 年 月 日生 満 (<u>0</u>) 歳	(携帯) <u>090 - 0000 - 0000</u> 父・母・本人・その他 ()

住所	〒 <u>569-0096</u> <u>高槻市八丁畷町12番5号</u>
----	--

加入医療保険	ふりがな <u>たかつき たろう</u>	受診者との続柄	<u>父</u> ・母・その他 ()
	被保険者氏名 <u>高槻 太郎</u>	記号 <u>高国</u>	番号 <u>000-000-0</u>
	発行機関名 <u>高槻市</u>	保険者番号 <u>270082</u>	

自己負担上限月額に関する特例	疾病名	<p>この項目には以下を確認しながら、該当又は非該当に☑を付けてください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●重症患者認定基準…受診者の認定を受けようとする疾病の症状が重症患者認定基準を満たす場合。 ●人工呼吸器等の装着の有無…人工呼吸器、体外式補助人工心臓又は埋め込み式補助人工心臓を常時装着している場合。 ●高額かつ長期…高額な医療が長期的に継続する者(自己負担上限月額管理票にて確認できます) →医療費総額が5万円/月を超える月が年間(※)6回以上ある場合。 (※)申請月が令和4年4月の場合、算定の対象となる医療費は、令和3年5月から令和4年4月の12か月分となります。 ●世帯内按分…受診者と同一の医療保険上の世帯内に、小児慢性特定疾病又は指定難病の対象者がいる場合。
----------------	-----	--

小児慢性特定疾病に係る医療費助成申請における医療意見書の研究等への利用について	<p>別紙「小児慢性特定疾病医療費支給認定を申請される方へ」を読み、いずれかに☑を入れてください。</p> <p>私は、小児慢性特定疾病に係る医療費助成の申請に当たり、提出した医療意見書が小児慢性特定疾病等の治療研究等、小児慢性特定疾病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることに</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 同意します ・ <input type="checkbox"/> 同意しません</p>
---	---

小児慢性特定疾病児手帳	<input type="checkbox"/> 希望する ・ <input checked="" type="checkbox"/> 希望しない	生活保護の受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
-------------	---	------------	--

自己負担Ⅵ階層了承欄 (該当の方のみ記入)	<input type="checkbox"/> 所得証明書類を提出せず、Ⅵ(最高階層)となることを了承します。
-----------------------	--

小児慢性特定疾病の治療等で受診を希望する指定医療機関(薬局・訪問看護ステーション・療育園等を含む)を記入してください。

<p>小児慢性特定疾病の治療等で利用する指定医療機関(病院・診療所・薬局・訪問看護ステーション・療育園)を全て記入。(風邪等の小児慢性特定疾病の治療とは関係のない受診は含みません。)</p>	<p>受診者の年齢により異なります。 【受診者が18歳未満の場合】 原則として、窓口に来所された方ではなく、受診者の加入されている医療保険の被保険者の氏名を記入。 単身赴任等の事情で被保険者とは別の住所に居住している場合は、現に児童を監護している方の氏名を記入。 【受診者が18歳以上の場合】 受診者本人の氏名を記入。</p>
---	--

私は次のことに同意し、上記のとおり小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書を申請します。

- 1 医療意見書等に不備があった場合は、高槻市から医療機関へ確認します。
- 2 申請に必要な範囲で、担当課が交付要件及び課税状況を住民基本台帳から確認します。
- 3 当該受診者と同一の世帯員で、指定難病を受給している者(世帯員)の自己負担額の算出のために、必要な範囲で当該受診者の自己負担額に関する情報を担当部局に提供します。

令和 年 月 日 ※申請者…18歳未満の場合は保護者(被保険者等)、18歳以上の場合は受診者本人

(宛先) 高槻市長

申請者 氏名: ふりがな たかつき たろう 高槻 太郎 受診者との続柄: (父)

住所: 受診者と異なる ()

個人番号: 1111 1111 1111 電話: 受診者と異なる (- -)

※上記の申請者以外の方が来所し、当該申請書を記入される場合は、この欄へ記入してください。

(届出者) 氏名: 高槻 花子 受診者との続柄 (母)

受付欄

表面「小児慢性特定疾病の治療等で受診を希望する指定医療機関」欄が足りない場合記入

	指定医療機関名 (薬局・訪問看護ステーションを含む)	所在地
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

【新規・疾病追加・疾病変更の場合に記入】

小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日(※)	年 月 日	<p>小児慢性特定疾病医療費の支給開始日を 1か月以上 遡る必要のある方は、下記にチェックをしてください。</p> <p>左記の欄が申請日(この用紙の裏面下部)から1か月以上前の年月日となっている理由</p> <p><input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため</p> <p><input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため</p> <p><input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため</p> <p><input type="checkbox"/> その他(具体的に理由を記入)</p> <p>()</p>
遡りが必要ない方はこちらにチェックをお願いします。		<input type="checkbox"/> 遡りはない

(※) 小児慢性特定疾病医療費の支給開始日は、指定医が疾病の状態の程度を満たしていると診断した日(ただし遡り期間は原則申請日から1ヶ月前(やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3ヶ月前)の同じ日まで遡って申請することが可能です。そのため、申請日に関わらず、医療意見書に記載された診断年月日等、小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当であると考えられる年月日を記載してください。(更新の場合は、原則記入不要です。)